

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Фармацевтический колледж  
Отделение Сестринское дело

# ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

## Тема: Роль медицинской сестры в реабилитации детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Выполнила: Ткаченко Полина

Руководитель: Шпитальная Ольга Владимировна.

Красноярск 2015

## Актуальность работы

Заболевания опорно-двигательного аппарата являются довольно распространенными среди детей и подростков в различных регионах РФ. Так по данным НИИ детской ортопедии им. Г.И. Турнера в 40-80% случаев у детей выявляются нарушения осанки, в 3%-10% - различные искривления позвоночника.

На всех этапах реабилитации детей с заболеваниями ОДА велика роль медсестры, которая проводит с ними значительную часть времени. От ее знаний и умений во многом зависит своевременное выявление, качественная профилактика и успешное лечение заболеваний ОДА у детей.



**Цель ВКР** – изучить роль медицинской сестры в реабилитации детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (далее – ОДА).

**Предмет исследования:** сестринский процесс в реабилитации детей с заболеваниями ОДА.

**Объект исследования:** Работа медсестры ОВЛ Поликлиники №4 КГБУЗ «КМДКБ №1».

### **Задачи.**

1. Показать особенности работы медсестры в реабилитации детей с заболеваниями ОДА, выявить качества, необходимые медсестре для обеспечения качества ухода за детьми, имеющими нарушения ОДА.
2. Рассмотреть средства и методы реабилитации детей при заболеваниях ОДА.
3. Исследовать практическую работу медицинской сестры по реабилитации больных детей с заболеваниями ОДА.

## Превентивный этап реабилитации

Чрезвычайно важно раннее распознавание заболеваний ОДА, так как только раннее систематическое их лечение может предупредить дальнейшее прогрессирование и развитие соматических осложнений.

Это увеличивает роль медсестры на превентивном этапе реабилитации. Медсестра детской поликлиники должна знать основные особенности нормального анатомического строения детского скелета, тенденции и ключевые возрастные сроки его формирования, а также клинические признаки различных заболеваний ОДА.



Начало формирования физиологических изгибов позвоночника относится к периоду грудного возраста. У новорожденного ребенка имеется лишь крестцово-копчиковый кифоз, сформировавшийся на этапе внутриутробного развития ребенка, позвоночник новорожденного почти прямой.

Приблизительно к 3 месяцам жизни у ребенка формируются шейный лордоз под влиянием работы мышц спины и шеи, когда он приподнимает голову лежа на животе и сохраняя данное положение.

К 6 месяцам начинает формироваться грудной кифоз с развитием умения сидеть и длительно сохранять сидячую позу.

К 9—10 месяцам начинает формироваться поясничный лордоз под действием мышц, обеспечивающих вертикальное положение туловища и конечностей во время стояния и ходьбы.



Формирование физиологических изгибов продолжается до 7 лет. В целом, в течение всего детского возраста фиксация позвоночника несовершенна, и под влиянием недостаточного мышечного развития, неадекватной позы, не соответствующей росту ребенка мебели, очень легко возникают изменения формы позвоночного столба (сколиозы и патологические осанки).

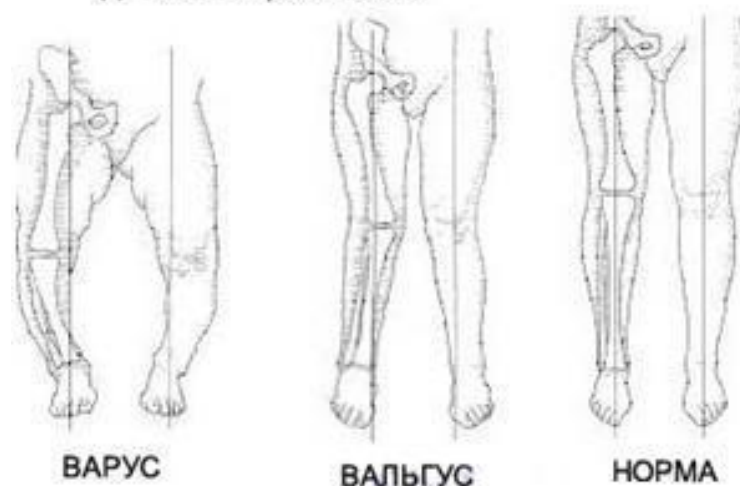
Форма ног здорового ребенка первого года не совсем прямая, а О-образная с вершиной небольшого искривления на уровне коленных суставов, и это отмечается уже в первые недели.



Варусное расхождение колен, нормальное у младенца, должно исчезать к двум годам.



#### ДЕФОРМАЦИИ НОЖЕК



Вальгусная линия обнаруживается от двух до четырех лет, а к шести годам устанавливается взрослая форма ног — примерно  $7^\circ$  вальгуса.

Если у ребенка ноги колесом, сомкнутые колени, пальцы ног асимметрично повернуты внутрь или наружу, конечности негибкие или значительно отличаются по форме, надо подумать о возможных патологических причинах.





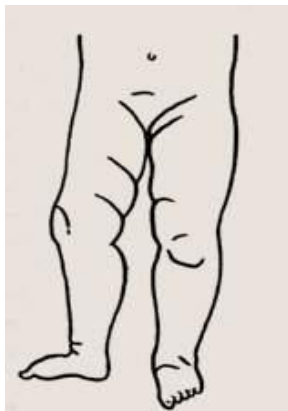
До трех лет у всех детей уплощен медиальный свод стопы. Безболезненная, гибкая стопа в старшем возрасте также расценивается как физиологическая норма.

Если плоскостопие сопровождается болью, ригидностью и спазмом, в особенности малоберцовых мышц, следует искать патологическую причину этого состояния. В такой ситуации ребенка направляют на дальнейшее обследование.



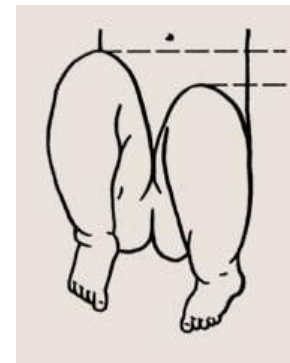
Клиническими признаками косолапости являются: сгибание стопы в голеностопном суставе в направлении к подошве (подошвенное сгибание или эквинус), подгибание переднего отдела стопы (приведение стопы). При этом происходит увеличение высоты свода стопы, поворот подошвенной части стопы к средней линии (супинация). Тыльная часть стопы, таким образом, оказывается повернутой вбок и кнаружи, а подошвенная часть стопы повернута к средней линии. Все это сопровождается ограничением движений в голеностопном суставе.

Большинство врожденных аномалий конечностей встречаются редко и сразу видны при осмотре. Таких детей нужно отправлять к специалисту. Аномалии бедра и позвоночника менее очевидны.

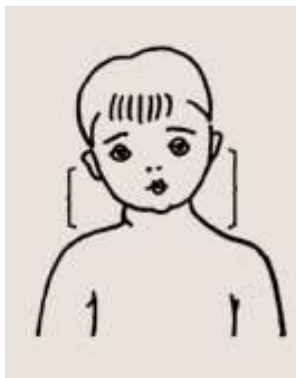


Асимметрия складок и наружная ротация правой нижней конечности в покое

Разная длина ног у ребенка по уровню коленных суставов



Данные признаки могут указывать на дисплазию тазобедренных суставов, врожденный подвывих или врожденный вывих бедра



При осмотре ребенка медсестра должна обратить внимание на расстояния между ушными раковинами и надплечьями с обеих сторон — как спереди, так и сзади. Они должны быть одинаковыми, что свидетельствует об отсутствии бокового наклона головы и шеи. Постоянное наклонное положение головы называется кривошеей.

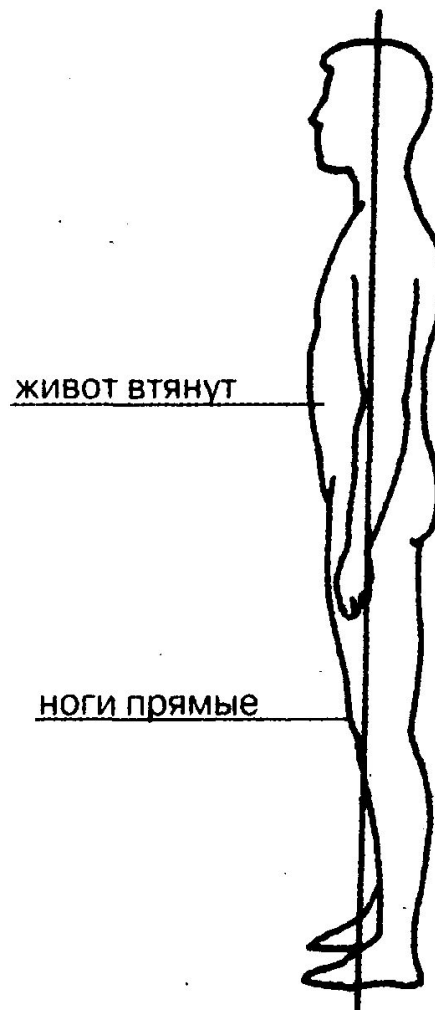


Для выявления нарушений осанки медсестра проводит осмотр ребенка в следующей последовательности: спереди, сбоку, сзади и в наклоне вперед. Это позволяет оценить осанку во фронтальной (спереди и сзади), сагиттальной (сбоку) и горизонтальной (в наклоне вперед) плоскостях.

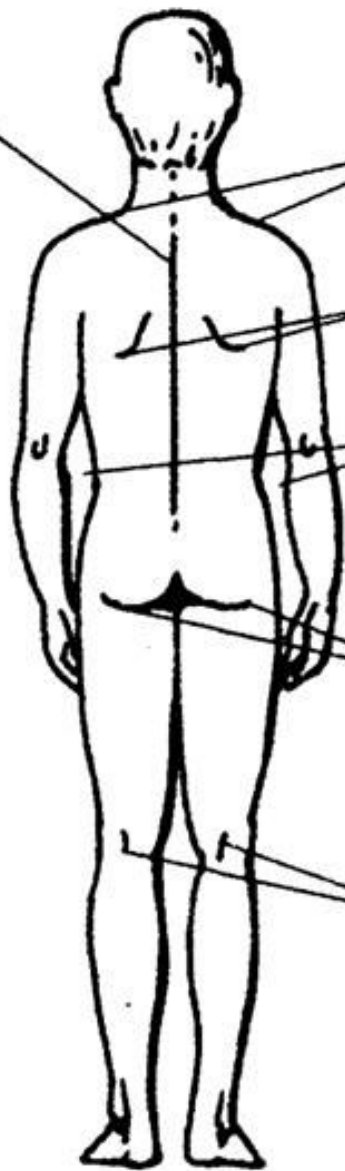


Рис. 11. Осмотр спины

При правильной осанке голова и туловище находятся на одной вертикальной линии, плечи развернуты, слегка опущены на одном уровне, лопатки прижаты, физиологические кривизны позвоночника выражены нормально, грудь слегка выпукла, живот втянут, ноги выпрямлены в коленных и тазобедренных суставах.



остистые отростки позвоночника  
расположены строго вертикально



линии надплечий на одном уровне

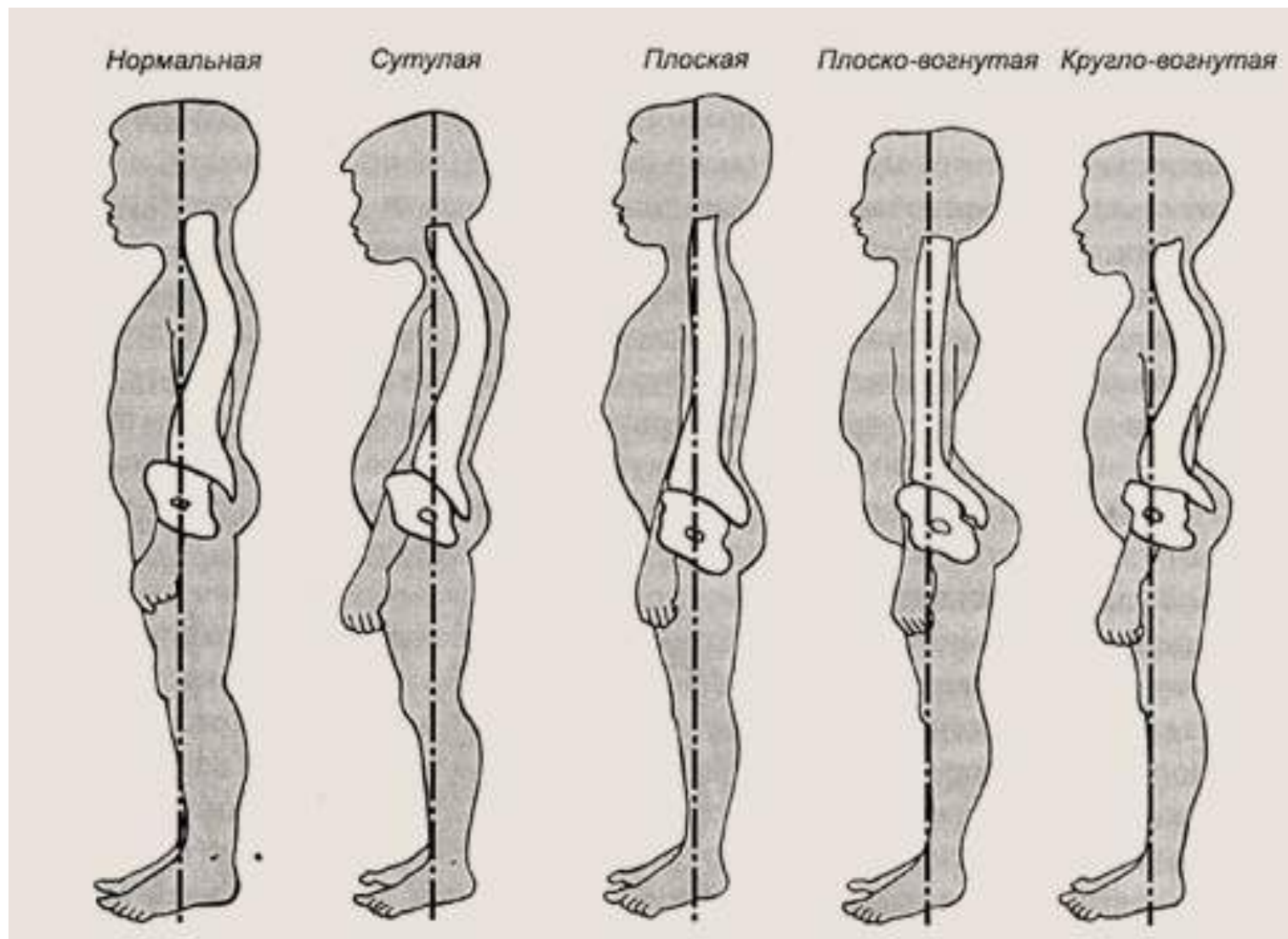
углы лопаток на одном уровне

треугольники талии симметричны

ягодичные складки на одном уровне

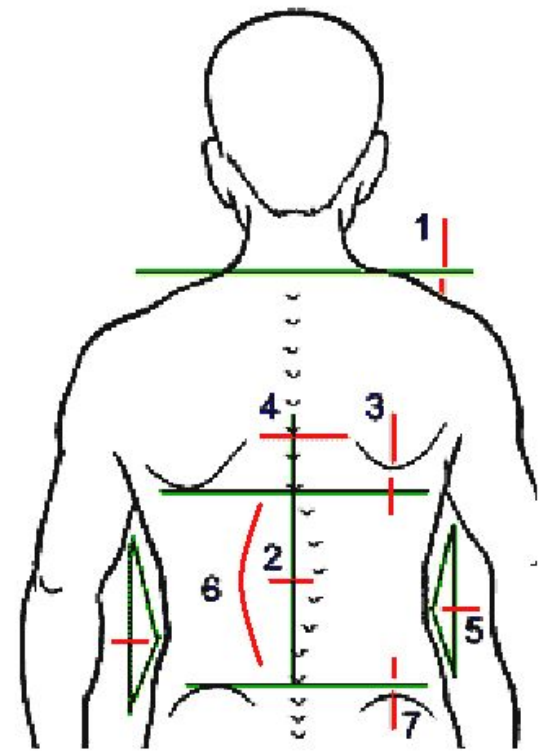
подколенные складки на одном уровне

# Типы осанки



## Клинические (внешние) признаки сколиоза

- 1 – асимметрия надплечий;
- 2 – отклонение линии остистых отростков от средней линии;
- 3 – асимметрия высоты стояния лопаток;
- 4 – асимметрия расстояний между углом лопаток и линией остистых отростков;
- 5 – асимметрия «поясничных» треугольников (талии);
- 6 – мышечный «валик»;
- 7 – асимметрия расположения крыльев подвздошных костей





На превентивном этапе реабилитации медсестра проводит беседу о факторах риска развития заболеваний ОДА и их профилактике.

Факторы риска развития нарушения осанки и сколиоза:

1. длительное ношение грудных детей на одной и той же руке,
2. раннее усаживание ребенка, преждевременное обучение ходьбе,
3. чрезмерно мягкая постель, неправильное положение во время сна,
4. неправильная поза при письме и чтении,
5. привычка стоять на одной ноге, читать лежа на боку, носить тяжести в одной и той же руке,
6. асимметричные физические упражнения (при игре в теннис, бадминтон, хоккей, фехтовании и т.п.).
7. неправильное вскармливание ребенка.





# Стационарный этап реабилитации



Стационарная программа реабилитации показана пациентам, которые нуждаются в постоянном наблюдении медицинскими работниками. Эти программы обычно эффективнее других, поскольку в стационаре больной обеспечен всеми видами реабилитации.

Медицинская сестра, работающая в тесном контакте с родителями больного ребенка, играет существенную роль в подготовке его к обследованию и болезненным лечебным процедурам.



В отличие от медсестры обычного стационарного отделения, реабилитационная медицинская сестра – это участник единой реабилитационной команды, в которой каждый специалист в тесном взаимодействии со своими коллегами, под единым общим руководством, работает над каждым конкретным больным, стараясь максимально эффективно вернуть утраченные вследствие болезни или травмы возможности. Медицинская сестра в процессе ухода обучает детей и контролирует правильность выполнения тех или иных навыков.

При организации сестринского процесса по уходу за больным ребенком сестринская деятельность направлена на решение проблем пациента (биологических, психологических и социальных).



## Амбулаторно-поликлинический этап

Ведущее место в комплексной реабилитации заболеваний ОДА занимает лечебная физкультура. Наиболее эффективным видом физических упражнений является гидрокинезотерапия.

Медсестра, проводя занятия с детьми младшего возраста (до 1,5 лет) в малых ваннах, обучает родителей поддержкам и комплексам упражнений в воде, следит за самочувствием ребенка, контролирует температурный режим воды и воздуха, следит за соблюдением

санитарно-эпидемиологического режима, обеспечивает безопасность ребенка. В случае необходимости она должна уметь оказать первую медицинскую помощь ребенку.







С детьми старшего возраста медсестра проводит занятия в бассейне, включающие физические упражнения в воде (общеукрепляющие и корригирующие), элементы плавания, дыхательные упражнения. При этом медсестра следит за правильностью выполнения упражнений детьми и их самочувствием,

подсчитывает частоту пульса занимающихся больных до и после занятий, регулирует нагрузку чередованием упражнений на напряжение и расслабление мышц, а также частотой и количеством повторений упражнений. Медсестра обеспечивает безопасность детей во время плавания в бассейне.

Медсестра определяет эффективность занятий, учитывая показатели общего состояния ребенка, его адаптацию к нагрузке, состояние внутренних органов, координацию движений, тонус мышечной системы, бодрость.

Медсестра проводит занятия по лечебной гимнастике.

При проведении групповых занятий она показывает физические упражнения и осуществляет страховку больных при их выполнении, следит за правильностью выполнения больными физических упражнений и переносимостью занятий.

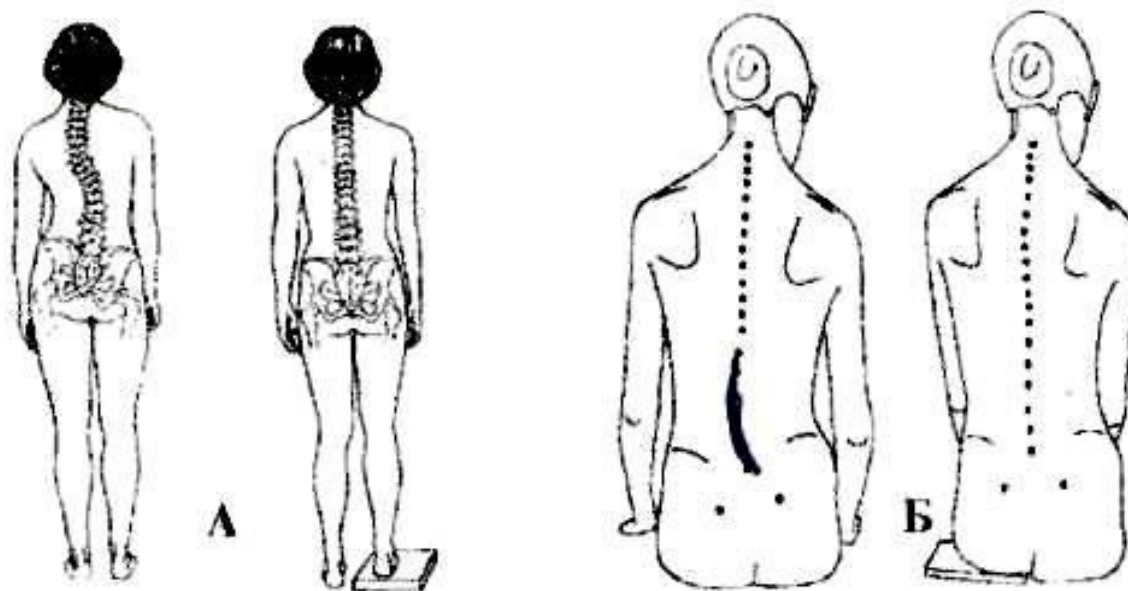


При проведении индивидуальных занятий с больными, имеющими тяжелые нарушения, помогает больному занять правильное положение, помогает при выполнении активных упражнений; проводит пассивные упражнения, сочетая их с отдельными приемами массажа, тщательно следит за переносимостью больными занятий.

Проводя занятия на механотерапевтических аппаратах, медсестра должна правильно устанавливать пораженные конечности на аппарате, следить за правильностью выполнения больными упражнений и за их самочувствием.

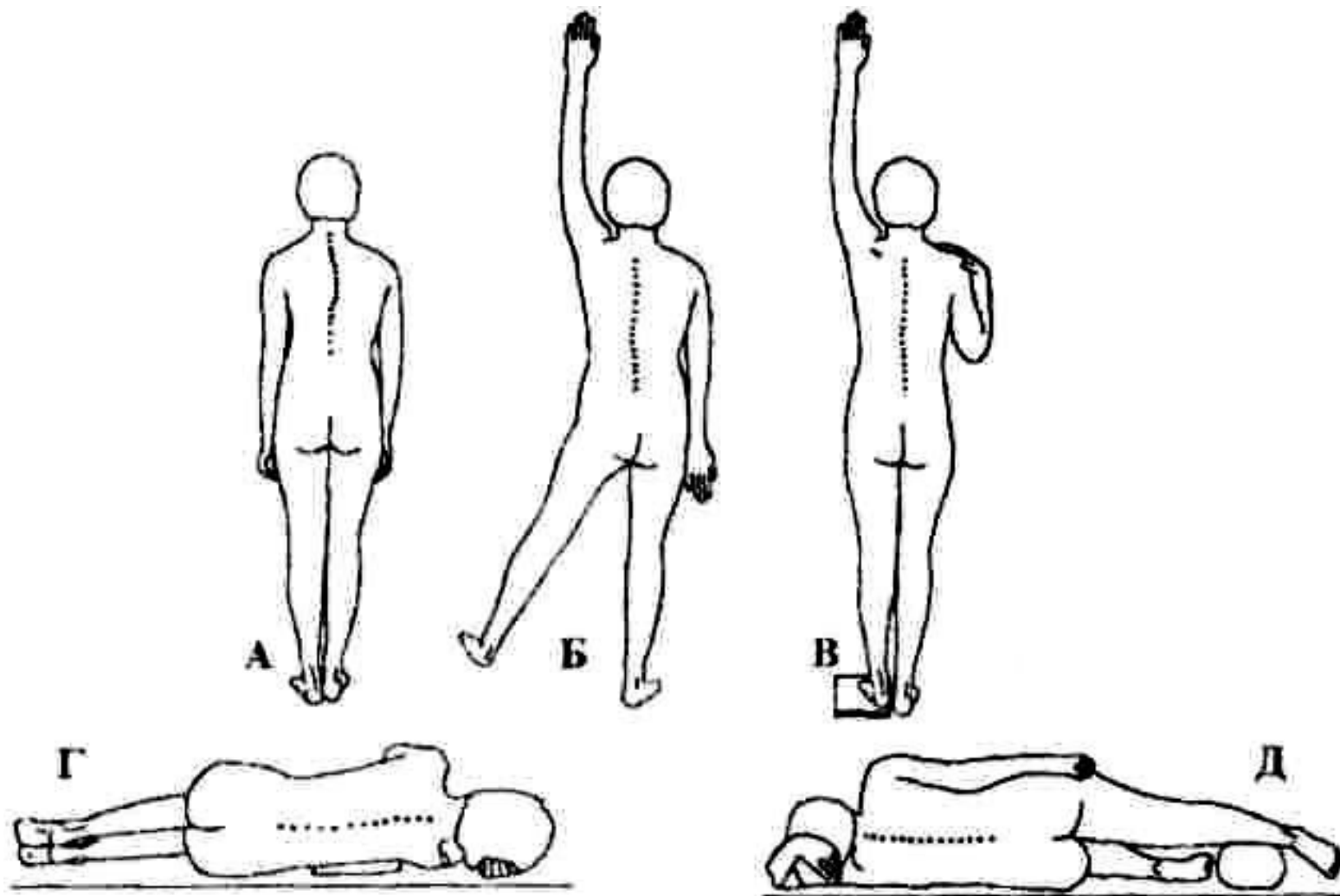


При некоторых заболеваниях ОДА медсестра помимо средств активной коррекции применяет способы пассивной коррекции: корригирующие позы и укладки, коски и стельки под укороченную ногу, корсетирование и гипсовые кроватками. Также используются специальные тренажеры.



Коррекция положения таза. А - подъемом ноги с помощью стельки, коска и др.;  
Б - подкладыванием подушки под ягодицу.



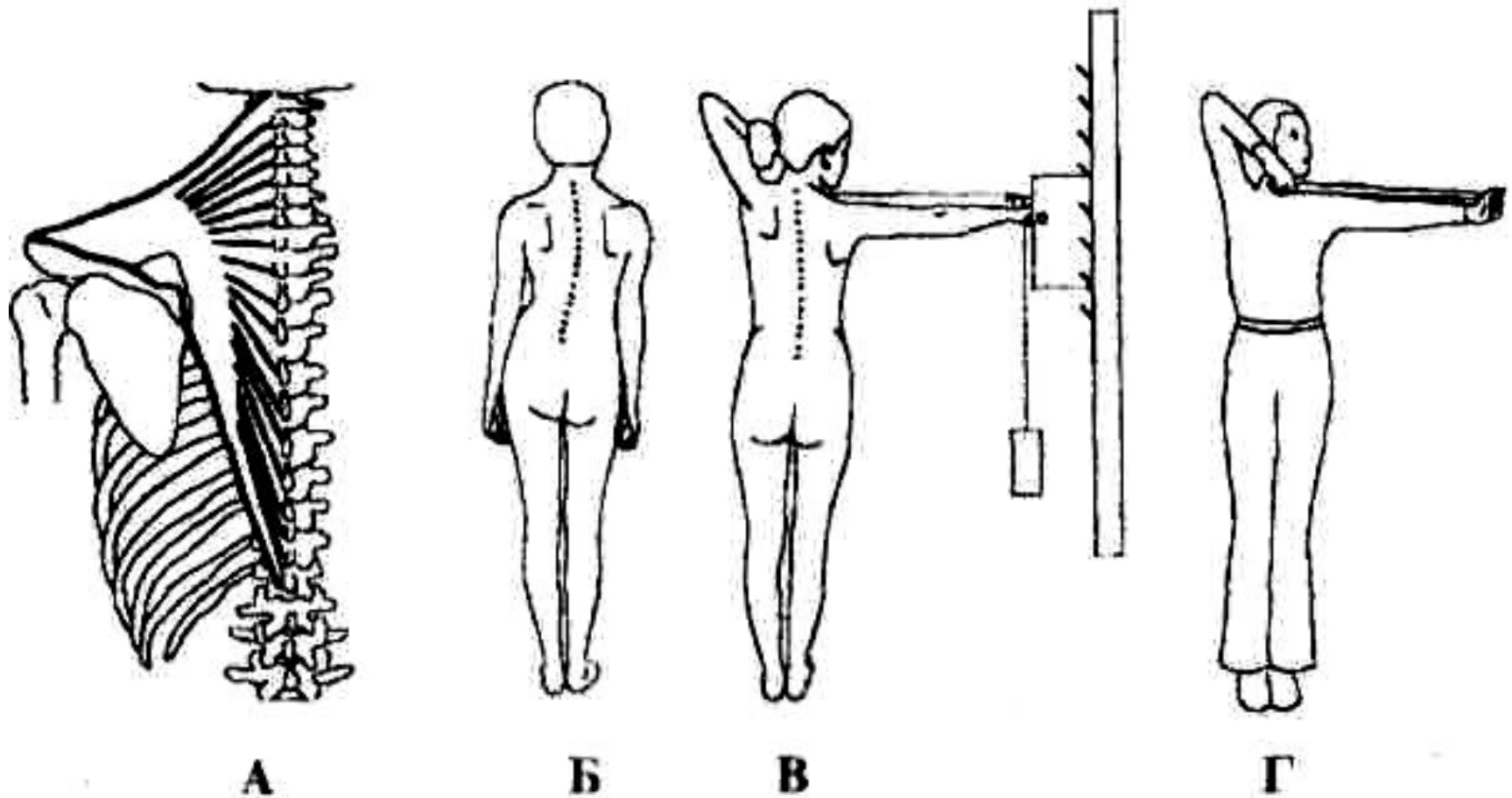


Правосторонний грудной сколиоз II степени.

А - исходное положение.

Б, В - корригирующие позы.

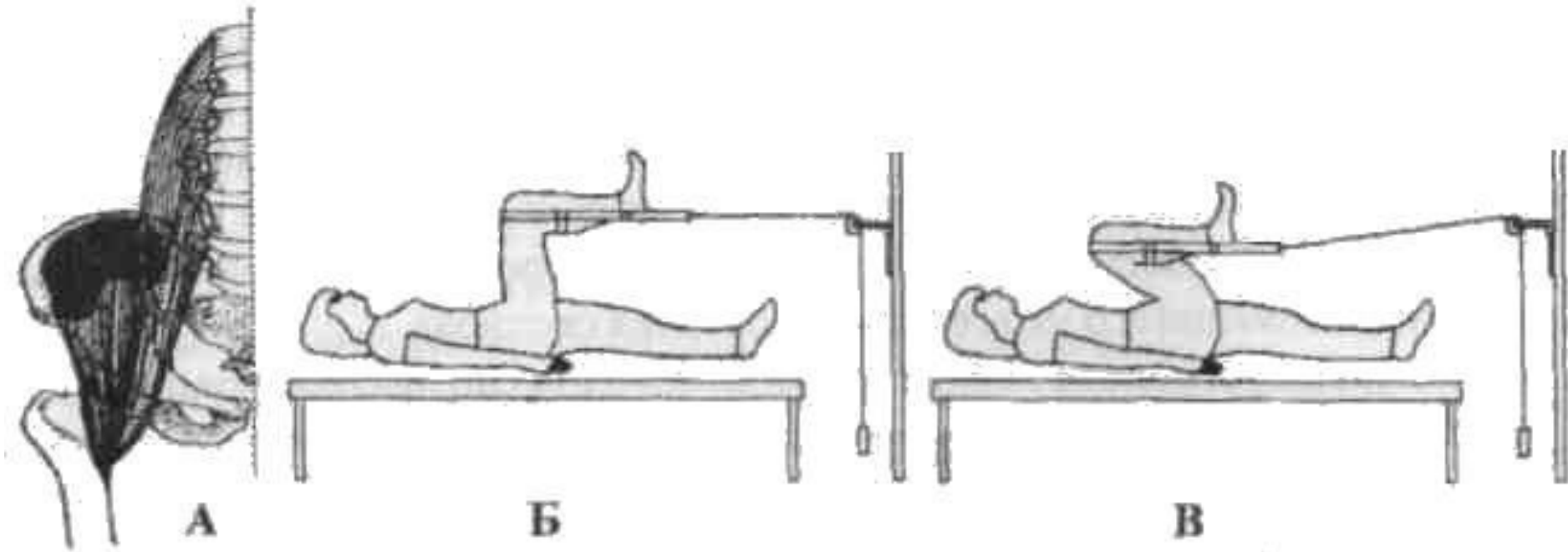
Корригирующие укладки: Г - на правом боку; Д - на левом боку



А - схема расположения трапециевидной мышцы.

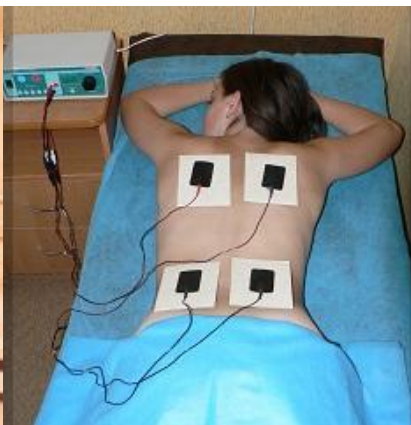
Тренировка трапециевидной мышцы. Б - исходное положение;

В - на тренажере; Г - с резиновым бинтом.



- А - схема расположения подвздошно-поясничной мышцы;
- Б - исходное положение для изометрического и динамического типов тренировки;
- В - сгибание бедра при динамическом типе тренировки.

Помимо ЛФК для реабилитации детей с заболеваниями ОДА применяются массаж, теплолечение, парафинотерапия, синусоидальные модулированные токи, лекарственный электрофорез.

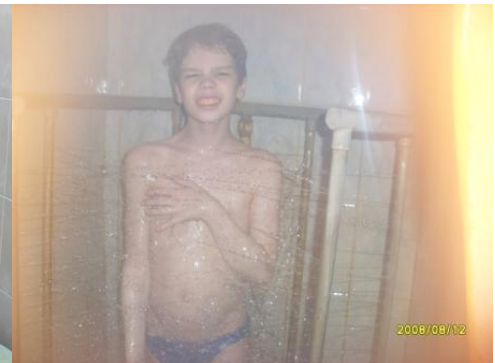


## Санаторно-курортный этап



Детям с заболеваниями ОДА показано санаторно-курортное лечение, целью которого является профилактика рецидивов болезни, а также ее прогрессирования. Для этого медсестра проводит климатотерапию, водолечение, бальнеолечение, пеллоидолечение.

Медсестра несет ответственность за правильность проведения климатопроцедур, инструктирует больных о дозировке процедур, контролирует правильность их выполнения и наблюдает за состоянием больных, проводит отпуск процедур согласно методике в необходимой последовательности, контролирует время процедуры с помощью сигнальных часов.





## Этап метаболической реабилитации

На этапе метаболической реабилитации создаются условия для нормализации структурно-метаболических нарушений, имевшихся на доклинической стадии болезни и сохранившихся после завершения клинической стадии.

Это достигается при помощи диетической коррекции, методик ЛФК, физиолечения, климато-витаминотерапии.

Медсестра рекомендует детям с заболеваниями ОДА полноценную богатую белком и витаминами диету (в случае избыточного веса – ограничение углеводов), ведение ЗОЖ, регулярные дозированные физические упражнения. Для профилактики последующих обострений важно регулярное применение физических упражнений в течение всей жизни и контроль за массой тела (при ожирении увеличивается нагрузка на позвоночник).





# ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

по результатам прохождения преддипломной  
практики в ОВЛ Поликлиники №4  
КГБУЗ «КМДКБ №1»



## Бланк опроса

№ п/п	Пол ребенка	Возраст ребенка	Диагноз	Кем выявлено заболевание	Как оцениваете работу МС ОВЛ	Какие качества считаете наиболее важными в работе МС ОВЛ

Для ответа на вопрос «Кем выявлено заболевание» были предложены варианты ответов:

- А) врачом,
- Б) МС,
- В) родителями после беседы, проведенной МС,
- Г) родителями самостоятельно.

Для ответа на вопрос «Как оцениваете работу МС ОВЛ» были предложены варианты ответов:

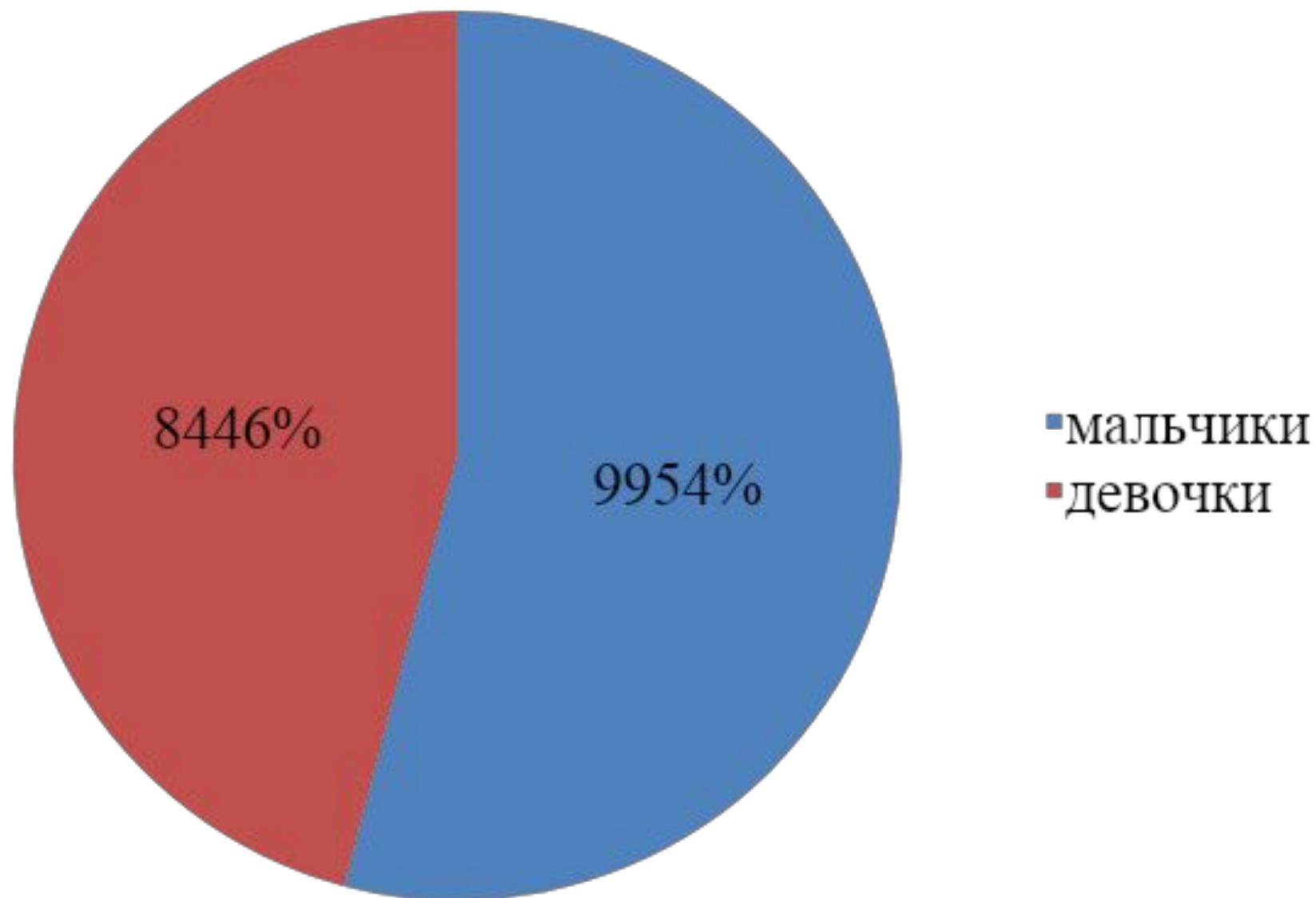
- А) положительно,
- Б) нейтрально,
- Г) отрицательно.

Для ответа на вопрос «Какие качества считаете наиболее важными в работе МС ОВЛ» были предложены варианты ответов:

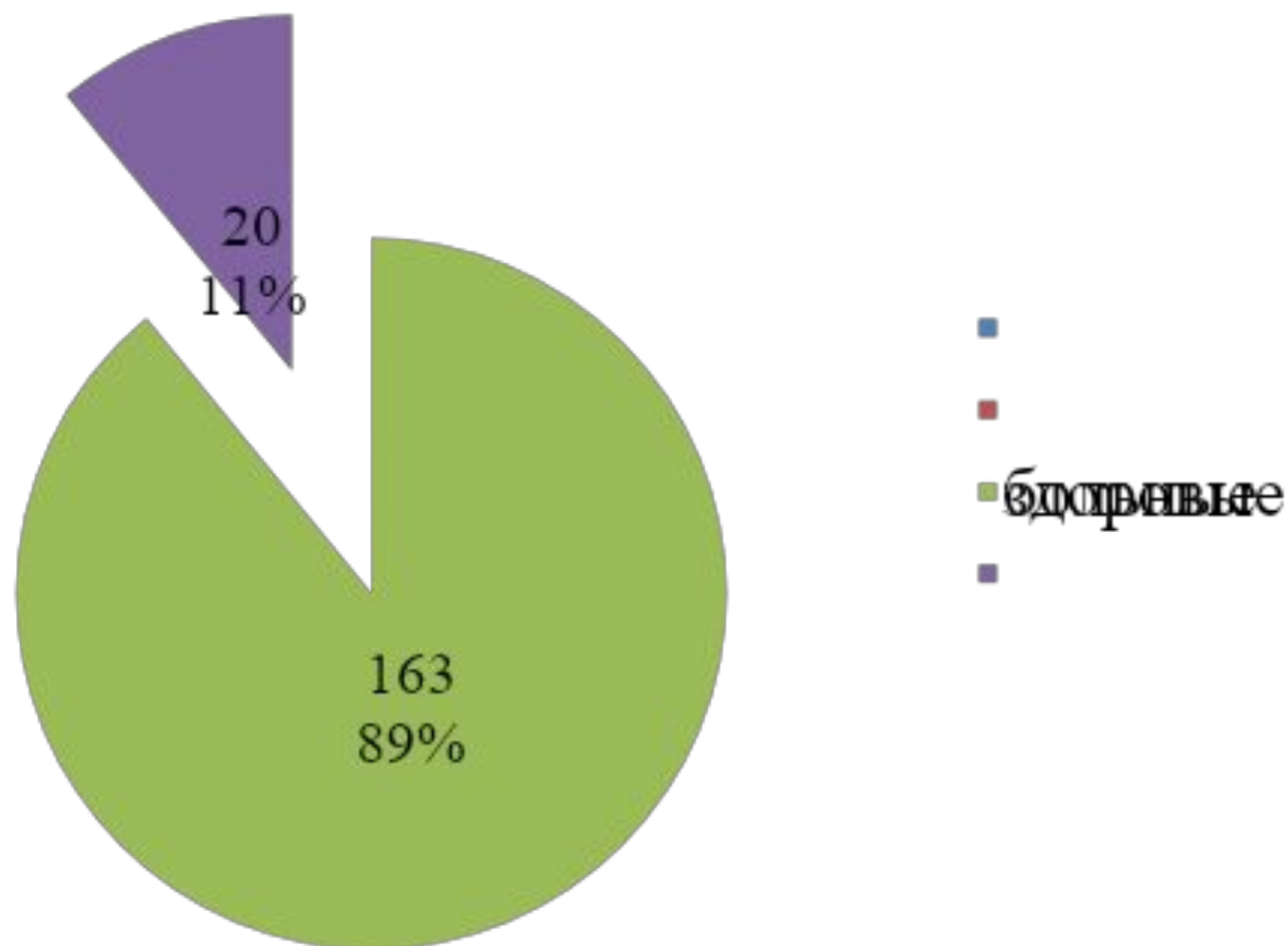
- А) профессионализм,
- Б) внимательность,
- В) терпение,
- Г) доброжелательное отношение к детям,
- Д) Способность четко и ясно дать объяснения, научить, проконсультировать,
- Е) опрятный внешний вид,
- Ж) грамотная речь.

Всего было опрошено 183 родителя, дети которых проходили реабилитацию в ОВЛ Детской поликлиники №4 в апреле 2015 г.

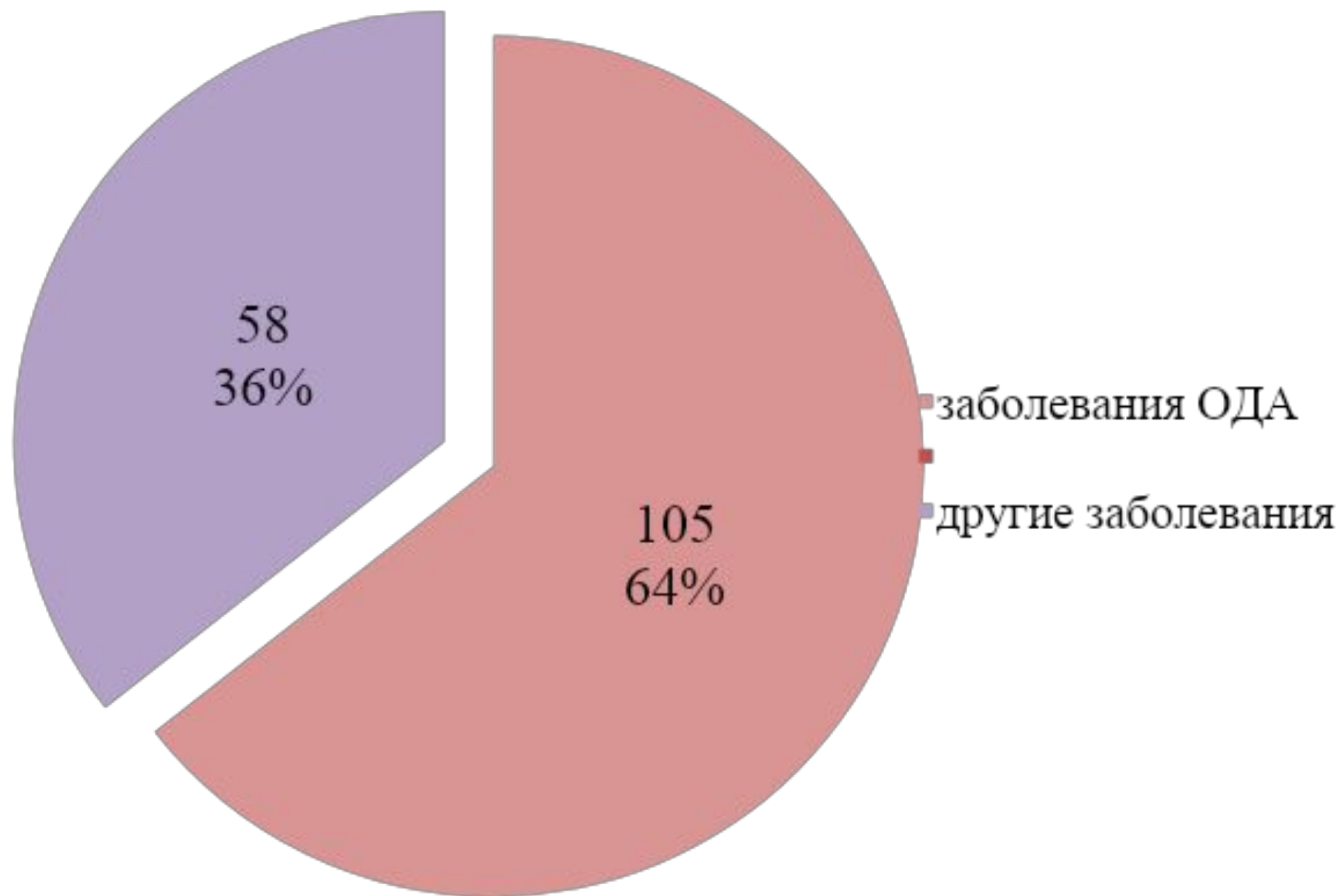
**Дети, проходящие реабилитацию в ОВЛ  
Поликлиники №4 в апреле 2015 г.**



## Соотношение здоровых и больных детей, получающих процедуры в ОВЛ



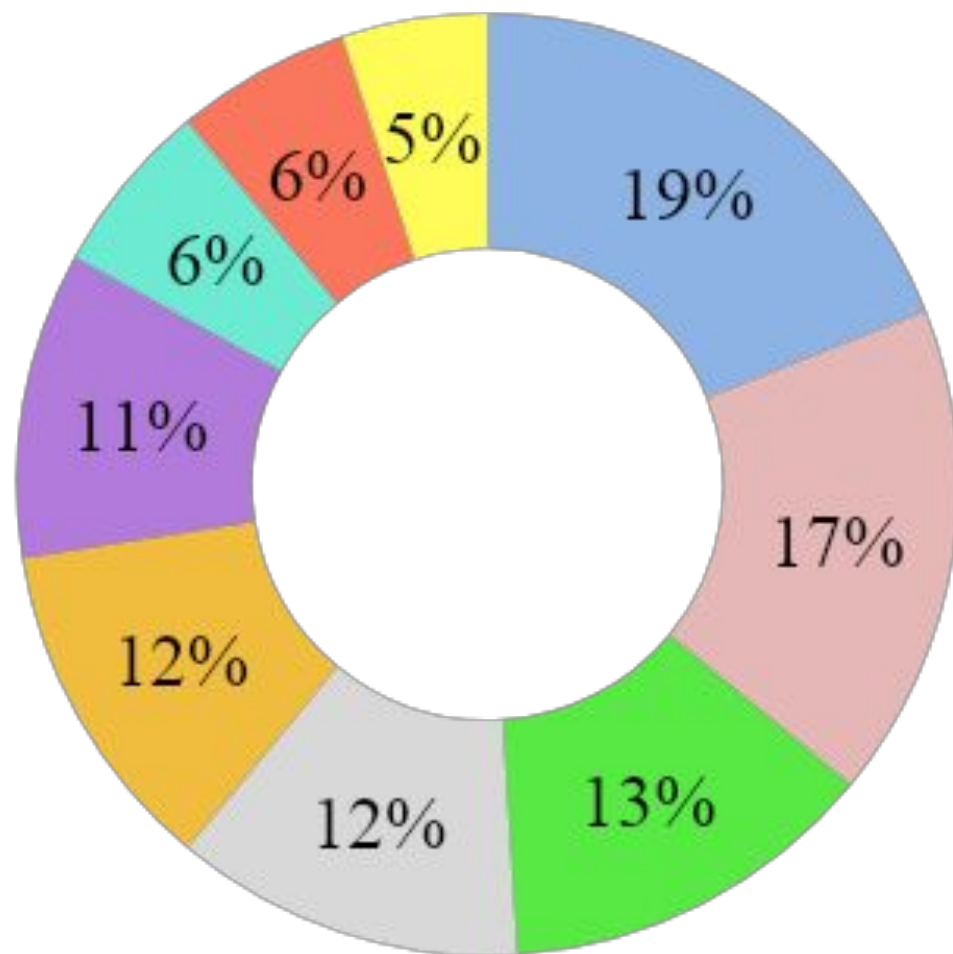
## Доля заболеваний ОДА





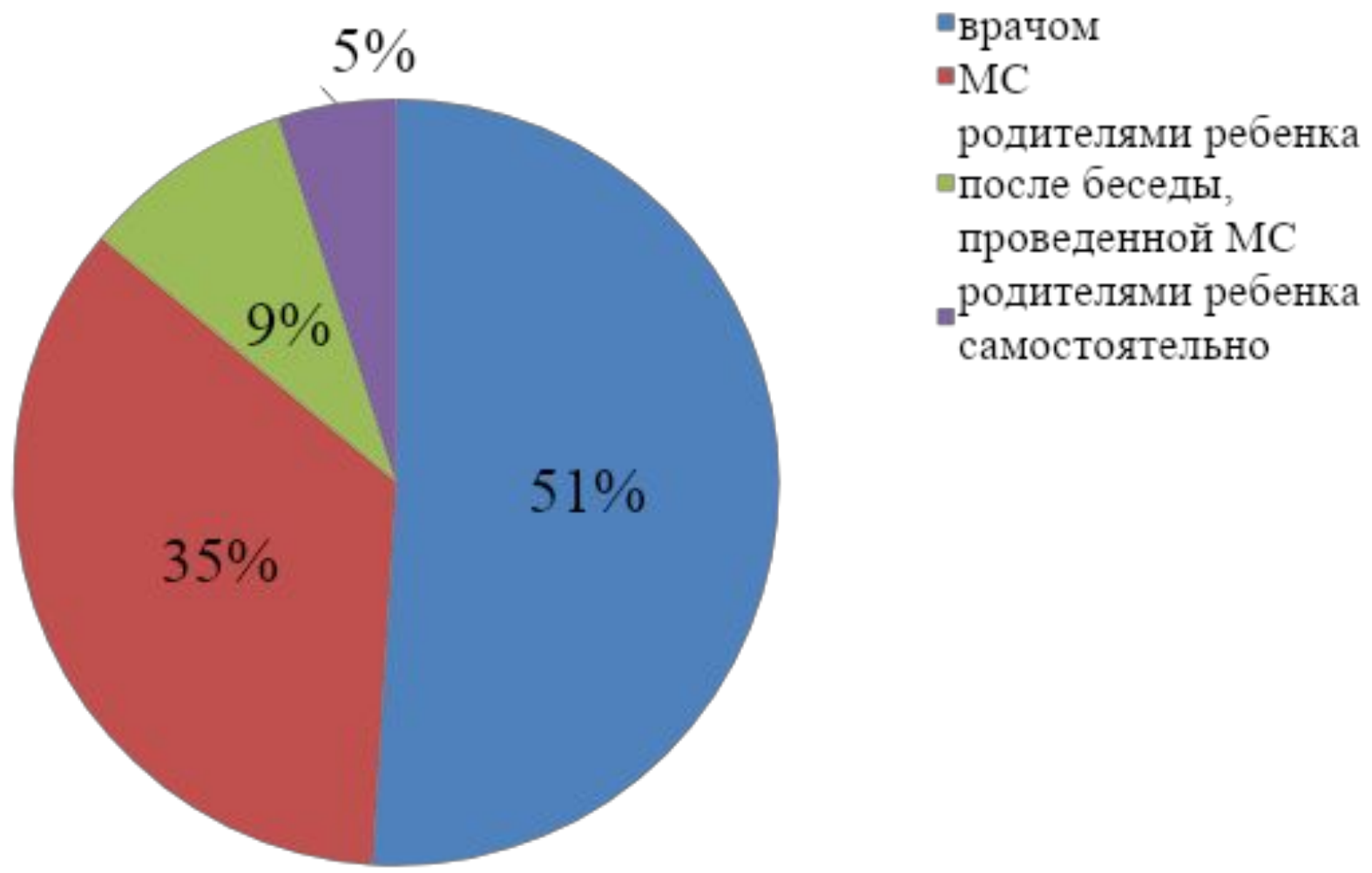
## Структура заболеваний ОДА

- спинальная нестабильность
- синдром двигательных нарушений
- миотонический синдром
- сколиоз
- плоскостопие
- нарушение осанки
- кривошея
- натальная травма шейного отдела позвоночника
- другие заболевания ОДА

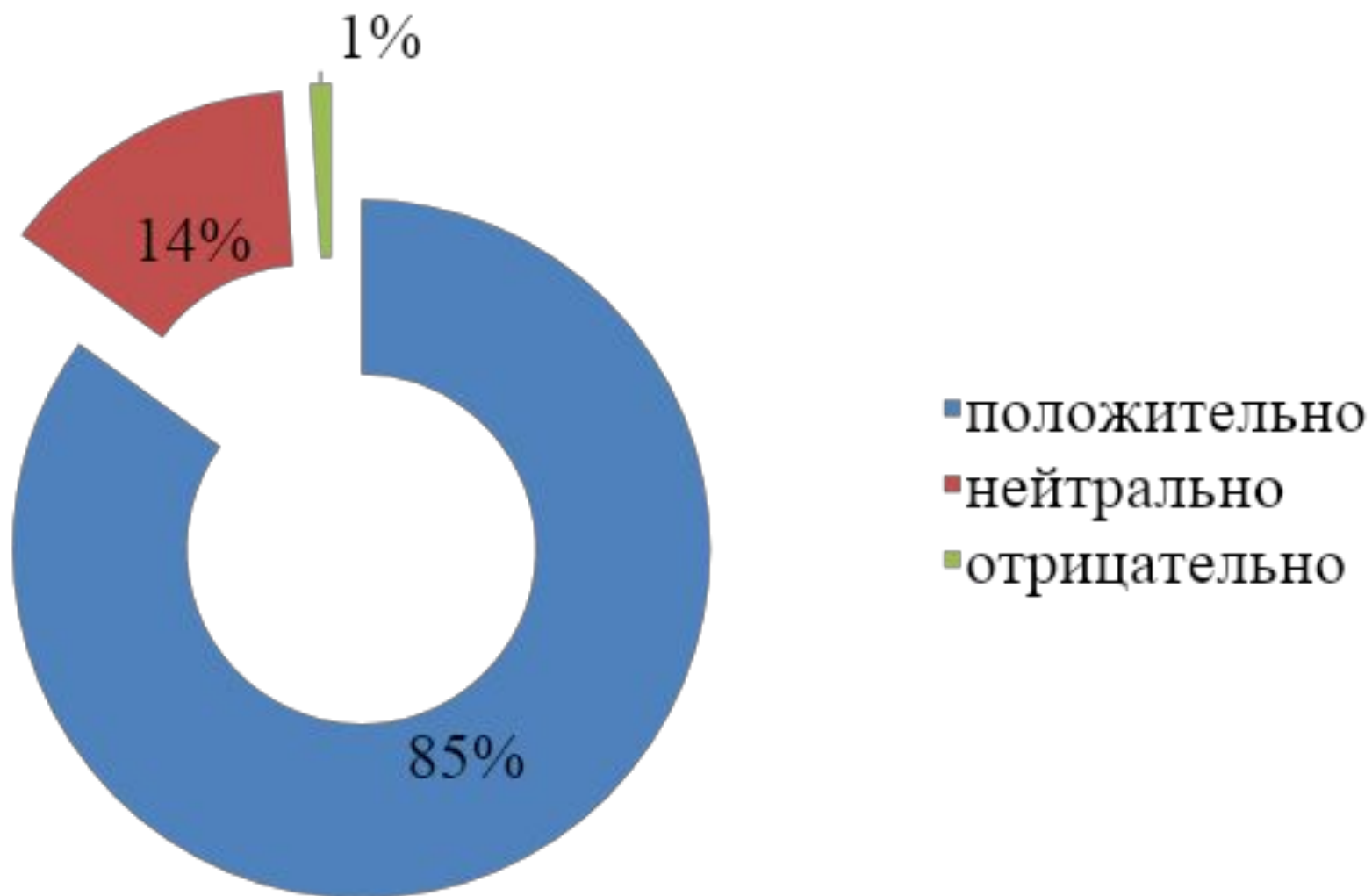


# Роль МС в выявлении заболеваний ОДА у детей

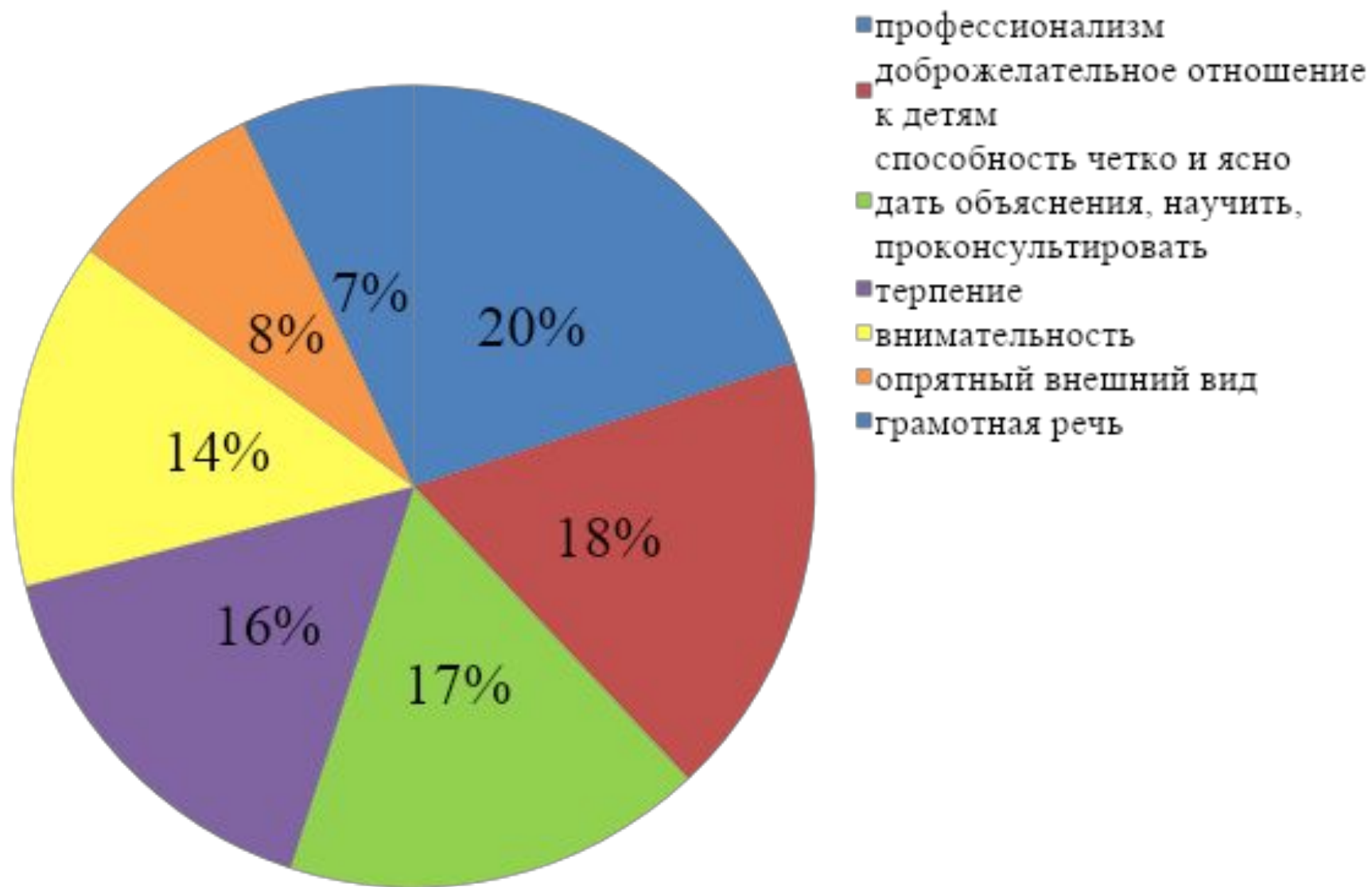
(кем были выявлены первые симптомы заболевания)



**Качество работы МС**  
**ОВЛ Детской поликлиники №4**  
(как оценивают родители работу МС)



# Наиболее важные качества МС (с точки зрения родителей пациентов)



# Выводы

В работе показана роль медсестры на всех этапах реабилитации детей с заболеваниями ОДА, в том числе

1. раскрыты особенности сестринского процесса, связанные с возрастом пациентов и видом патологии, в результате опроса выявлены качества, необходимые медсестре для обеспечения качества ухода за детьми, имеющими нарушения ОДА;
2. рассмотрены средства и методы реабилитации детей при заболеваниях ОДА;
3. проведен анализ практической работы медицинских сестер ОВЛ Поликлиники №4 КГБУЗ «КМДКБ №1».

**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!**

